

## P9-217

## 摂食・嚥下パス運用における薬剤師の役割について

長野赤十字病院 NST

○関口 光子<sup>1)</sup>、東 裕子、松澤 資佳、加藤 光朗、  
北原 修一郎

【はじめに】摂食・嚥下障害は、意識レベルをはじめさまざまな全身状態が関与しており、脳卒中・脳梗塞後の機能回復においても、摂食・嚥下への関わりによって全身病態への改善効果が高くなると言われている。当院では、2008年9月に、NST内に摂食・嚥下チームが編成された。

【目的】嚥下チームは、NST活動を展開していくなかで、医師、看護師、栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士、薬剤師の介入により、患者の摂食・嚥下機能回復のための情報を共有し、生活のために必要な機能の回復を目指す。

【方法】摂食・嚥下の依頼が主治医より出されると、言語聴覚士より院内FAXが各メンバーに送られる。嚥下造影により誤嚥や咽頭残留の確認が行われ、パスメンバー各自は病棟に出向き患者情報を収集しオーダーリング上の摂食・嚥下パスに書き込む。必要時は嚥下内視鏡を行う（耳鼻科依頼）。NSTラウンドで多職種での協議がされ、主治医に提言される。

【結果】嚥下造影1症例目は、大動脈瘤破裂術後、71歳・男性、Alb値1.5g/dLと極度の栄養不良であったが、中心静脈栄養と経鼻胃管により必要カロリー摂取されていた。CVカテーテルが抜け、経口が開始された時点で誤嚥性肺炎予防の目的でACE阻害剤（エナラプリル2.5mg1T）が処方された。自力で食事摂取可能となり自宅退院となった。

【今後の課題】摂食・嚥下障害に悪影響を与える薬剤として、錐体外路系や自律神経系の障害を起こす薬品、意識レベルを低下させる薬品、口腔乾燥症などを起こす薬品が知られている。誤嚥性肺炎の予防に対してACE阻害薬、レボドパ、アマンタジンなどが有効という報告もある。摂食・嚥下パスの本格稼働にむけ、薬剤の影響による嚥下障害や味覚低下の対策や回避は薬剤師が積極的に取り組んでいかなければならない課題である。

## P9-218

## TASC2に基づく末梢動脈疾患（PAD）診療ガイドラインの策定

熊本赤十字病院 薬剤部<sup>1)</sup>、熊本赤十字病院 心臓血管外科<sup>2)</sup>、熊本赤十字病院 放射線科<sup>3)</sup>○山野 朋子<sup>1)</sup>、陣上 祥子<sup>1)</sup>、渡辺 俊明<sup>2)</sup>、  
菅原 丈志<sup>3)</sup>、小柳 俊哉<sup>2)</sup>、福永 栄子<sup>1)</sup>

【はじめに】末梢動脈疾患（PAD）は全身の動脈硬化性血管疾患の一部分症であり、下肢虚血症状の改善だけではなく、全身の血管をターゲットとし生命予後の延長を考慮した治療が必要である。当院では、あらゆる血管疾患に対応すべく2006年4月に「総合血管センター」を開設し、PADを中心とした診療を行っている。

2007年1月、PADの世界的な診断・治療ガイドラインであるTASC（TransAtlantic Inter-Society Consensus）が改訂されTASC2として発表された。ただし、TASC2において推奨されているエビデンスは欧米諸国のものが多く、使用可能なデバイス、薬剤が異なるといった、我が国の現状に適さない部分もある。そこで、当院ではTASC2に基づく日本の現状に則したガイドラインの策定を行った。今回は、ガイドラインのうち主に薬物療法に関する部分について報告する。また、ガイドライン策定後の実際の治療に関する調査結果と、今後の課題についての考察を交えて報告する。

【ガイドライン策定方法】総合血管センターで診療に携わる各科の医師らと、TASC2におけるエビデンスレベルとその根拠となる臨床試験結果の評価を行い、診断・治療の進め方、治療において選択する薬剤、薬物治療のアルゴリズムを決定した。

【おわりに】最新のエビデンスに基づく日本の現状に則したガイドラインの策定により、PADの治療方針の選択基準が明確となった。PADは全身の動脈硬化性血管疾患の一部分症であり、当ガイドラインに基づく的確で速やかな診断・治療により、他の動脈硬化性疾患の発症を予防することも可能であると考えられる。今後は、治療成績のフィードバックや新規エビデンスの導入により、ガイドラインの更新を行っていく予定である。

## P9-219

## 骨粗しょう症地域連携外来クリニカルパス 服薬指導ツールの運用

前橋赤十字病院 薬剤部<sup>1)</sup>、前橋赤十字病院 婦人科<sup>2)</sup>○狩野 江利加<sup>1)</sup>、大島 直子<sup>1)</sup>、前島 和俊<sup>1)</sup>、大澤 稔<sup>2)</sup>

骨粗しょう症治療の第一選択薬であるビスフォスフォネート製剤は大規模臨床試験により高い骨折防止効果が立証されている。しかし、その腸管吸収率は非常に低い上に、食道粘膜障害の副作用が報告されている。そのため服用方法が独特であるということと、患者の病識の低さから、服用継続率が半年で約半数にとどまると報告もある。薬剤師の効果が現れ始めるのが服用開始後約半年であるため、それまでにいかに服薬を継続維持できるかが重要である。

当院の婦人科骨粗しょう症外来では地域連携外来クリニカルパスを運用し、登録医と連携して患者の継続的なフォローを行っている。今回ビスフォスフォネート製剤について服薬指導ツールを作成し、調剤薬局との連携を開始したので報告する。

作成したツールはA服薬指導依頼書兼同意書B服薬情報提供書C薬の説明書の3部である。初回受診時に医師が患者に同意をとり、調剤薬局宛のA（裏がB）と、Cを院外処方箋とともに手渡す。調剤薬局ではCをもとに初回服薬指導を行う。パスにより患者は2週間後に再受診し、院外処方を受けて再び調剤薬局を訪れる。その際に調剤薬局でBのチェック項目に従って患者のアドヒアランスを確認する。理解が不十分であれば、再指導を行う。Bの記入の後、調剤薬局から当院薬剤部あてにFAXされる。Bは所定の書式に準じており、患者の同意も得ているため、調剤薬局では15点の情報提供料を算定することができる。以後3ヵ月後、さらに半年毎にアドヒアランス確認を行い、病院と調剤薬局で患者服薬情報を共有していく。

病院と調剤薬局が連携して服薬指導を行い、定期的に理解度を確認することで、病識の低い患者のアドヒアランスを高め、新規骨折を防ぐことを期待する。

## P9-220

## 薬剤部における癌化学療法の監査業務について

姫路赤十字病院 薬剤部

○島田 健、花岡 香絵、谷水 久美子、喜多 良昭、  
井上 温子、中島 晃

【目的】癌化学療法において抗癌剤の投与法は煩雑であり、また、投与量は個々の患者で大きく異なる。姫路赤十字病院では入院患者にオーダーされたレジメンの適正性の判断を各病棟薬剤師に委ねていたが、各病棟薬剤師への負担が大きかった。そこで2008年12月より病棟薬剤師とは別に化学療法の監査担当者（監査員）を設け、個々の患者の化学療法の適正性について監査を行うこととした。今回、入院化学療法におけるレジメン監査業務での現状と課題について報告する。

【方法】癌化学療法を行う入院患者において、投薬カレンダーを作成し、抗がん剤の投与量や投与日を記載した。投与量や休薬期間については当院で登録されているレジメンに沿ったものであるか検証を行い、不明な点があれば医師に疑義照会を行った。

【結果】平成20年10月から平成21年3月までの6ヶ月間で医師への疑義紹介件数は39件であり、そのうち25件で処方変更が行われた。紹介内容は投与量に関するものが17件と最も多く、次いで処方漏れが7件であった。投与量に関しては17件中9件でオーダーの訂正が行われた。処方漏れに関しては7件中6件で処方の追加が行われた。処方漏れに関しては、処方が漏れた薬剤をレジメン中に新たに組み入れることで、レジメンの改良にもつながった。

【考察】新たに化学療法監査担当者が監査を行うことにより、病棟薬剤師とは別に個々の患者に対する化学療法の適正性の評価を行うことができるようになった。これは化学療法を行う上での安全性の向上につながっていると考える。一方で、薬剤師間で監査能力に差があることや監査に要する時間が長いこと等課題もある。今後これらの問題も含めてさらに改良を図ることで、より質の高い監査体制を構築していきたい。